

REVIEW

Catalina Aguayo, Lilian Nass.

Facultad de Odontología, Universidad
de Concepción, Chile.

Recibido: 16/10/13
Revisado: 02/11/13
Aceptado: 12/11/13
Online: 12/11/13

Contacto: Catalina Aguayo. Roosevelt
1550, Concepción. Fono: 96951064. Email:
catalinaguayo@gmail.com.

Estereotipos sociales como amenaza a la inserción de adultos mayores. Revisión narrativa.

Aguayo C & Nass L. Estereotipos sociales como amenaza a la inserción de adultos mayores. Revisión narrativa. J Oral Res 2013; 2(3): 145-152.

Resumen: Introducción: Una de las características más sobresalientes de nuestra época es el aumento de adultos mayores (AM). Su irrupción reclamando un lugar en la sociedad, ha dejado al descubierto que no se cuenta con una adecuada preparación para enfrentar esta realidad. Una de las principales amenazas para la inserción de los AM son los estereotipos sociales. Objetivo: Recopilar los factores que ocasionan la visión negativa en relación a los AM en el equipo de salud, familias y sociedad. Resultados: La literatura específica describe una sociedad inmediatista, donde transformaciones tecnológicas y económicas dan paso a la familia pequeña, relegando al abuelo. El proceso de envejecimiento plantea nuevos retos para el AM, familias y Sistema de Salud. El servicio de geriatría se ha convertido en una demanda creciente y dinámica. Sin embargo, los conocimientos de los profesionales están arraigados en estereotipos y prejuicios, conduciendo a un enfoque inadecuado, negativo y mecanicista del AM. La mejora en la atención del AM disminuye su carga psicológica. El ambiente seguro y acogedor creado por el equipo de salud y familiares, ofrecerá apoyo emocional, social y mejores resultados en salud. Conclusiones: Se debe sensibilizar a profesionales, familias y redes de apoyo, re-educando sus expectativas y percepciones. La modificación de estos factores mejora la actitud hacia los AM, sustituye prácticas discriminadoras por comportamientos positivos, fomenta la atención integral e influye en la calidad de vida del paciente geriátrico.

Palabras clave: Vejez, Envejecimiento, Estereotipos Negativos, Discriminación por la Edad.

Social stereotyping as a threat to the integration of the older people. Narrative review.

Abstract: Introduction: One of the most outstanding characteristics of our time is the increase of older adults (OA). Its emergence claiming a place in society has revealed that there is no adequate preparation to face this reality. One of the major threats for the insertion of OA in the society are the social stereotypes. Aim of the study: To gather the factors that causes a negative perception in relation with OA. Results: The specific literature describes an immediate society, where technological and economic transformations give way to the small (nuclear) family, relegating the grandfather. The process of ageing raises new challenges for OA, their families and the Health System. The geriatric service has become a growing and dynamic demand. However, the knowledge of the professionals is rooted in stereotypes and prejudices that lead to an inadequate, negative and mechanistic approach of the OA. The improvement in the care of the OA decreases their psychological burden. The safe and welcoming environment created by the health care team and family will provide emotional, social and better health outcomes. Conclusion: It should sensitize professionals, families and support networks, re-educating their expectations and perceptions. The modification of these factors improves the attitude towards the OA, replaces discriminatory practices by positive behaviors, promotes the integral attention and affects the quality of life of geriatric patients.

Keywords: Old age, Aging, Negative Stereotype, Ageism.

Introducción.

Una de las características más sobresalientes de nuestra época, es el cambio derivado del aumento de adultos mayores (AM), ya que la especie humana dispone de nuevos períodos: tercera y cuarta edad de la vida. Hecho sin precedentes en la historia, el cual se desarrolla en un contexto plagado de “agentes estresores” en la mayoría de las sociedades¹.

Se sabe que no todas las personas envejecen de la misma manera, la edad cronológica puede marcar el inicio del envejecimiento o puede ser un criterio útil, pero no necesariamente exacto, ya que al parecer existe

también un “tiempo de envejecimiento” diferente para cada individuo².

A pesar del extraordinario progreso conseguido en la investigación de las células en cultivo, radicales libres, genes determinantes de la longevidad y otras vías prometedoras, el proceso de envejecimiento humano sigue siendo una gran interrogante. A esto se debe añadir la confusión provocada por el hecho de que los cambios relacionados con la edad no ocurren de manera uniforme, ya sea entre individuos o a nivel celular¹. Resulta interesante, que mientras existen personas que padecen signos de envejecimiento prematuro, también

hay algunos ancianos centenarios que presentan características vitales, mentales y físicas propias de individuos jóvenes³.

La antropología tiene un rol importante en el esclarecimiento del patrón o patrones de envejecimiento, sin dejar de considerar los factores intra e interpoblacionales. Debe enfatizarse en las variaciones individuales y poblacionales desde una perspectiva evolutiva y adaptativa, así como en la integración de estrategias investigativas, que deberán contribuir a avanzar en el mejor entendimiento del proceso de envejecimiento^{1, 2}.

En este sentido, el desarrollo social no debe verse como algo externo al conjunto de procesos biológicos que tienen lugar en el envejecimiento, sino como algo consustancial a él, evitándose un marco reduccionista del proceso. Sin embargo, en muchos lugares son insuficientes las acciones y medidas que contribuyan a que las personas, en su tránsito por la vejez, se sientan útiles y participen en las diversas tareas de la comunidad donde residen, obviando los mitos sobre su dependencia e incapacidad⁴.

Dentro de este contexto cabe plantear como desafío, tanto para la antropología como para las otras ciencias, la construcción de un mundo donde todos los AM, de hoy y de mañana, posean condiciones de vida dignas y decorosas, derribando las barreras planteadas por los estereotipos sociales y avanzando hacia una cultura de tolerancia, respeto y aceptación. Con el fin de cumplir este objetivo es lógico preguntar *¿Cuáles son los factores que ocasionan una visión negativa en relación a los AM en la sociedad, familias y en el equipo de salud?*

Contexto social del Adulto Mayor.

La transformación hacia la vejez de la población ha sorprendido a una sociedad que aún conserva una imagen de juventud. La irrupción de la tercera edad y cuarta edad en nuestra sociedad, haciéndose presente y reclamando un lugar en el mundo público, ha relevado el tema del AM. En una sociedad inmediatesta, en donde las transformaciones tecnológicas y económicas han dado paso a la familia pequeña, no queda espacio para que el abuelo sea una figura importante, sino más bien un problema, debido al aumento de la esperanza de vida⁴⁻⁶.

El envejecimiento es reconocido como un proceso natural e inevitable, por lo tanto, no se puede analizar como si fuera una enfermedad, ni debe ser concebido sólo como una disminución de las capacidades físicas, sino más bien, como una etapa adicional de la vida que involucra un crecimiento personal. Es importante analizar al AM en su dignidad de persona, la cual no disminuye con el pasar de los años, a pesar del deterioro asociado al paso del tiempo^{7, 8}. Resulta evidente que esta consideración positiva solo puede hacerse real al

superar los estereotipos sociales. Cuando falta esta visión, es fácil que se margine al AM y se le relegue a una soledad comparable a una verdadera muerte social⁴.

Un aporte a la solución de los problemas, es la inserción efectiva del AM en el entramado social, utilizando su experiencia, conocimientos y sabiduría. No deben ser considerados como un peso para la sociedad, sino como un recurso que puede contribuir a su bienestar. No se trata solo de hacer algo por los AM, sino que también aceptarlos como colaboradores responsables del desarrollo social⁴.

Es por ello que se debe internalizar el concepto de “envejecimiento activo”: proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, adquiriendo el compromiso de preparar el camino hacia esta etapa de la vida. En otras palabras, una vida más larga debe ir acompañada de oportunidades continuas de salud, participación y seguridad. Se emplea el término “activo”, porque no sólo hace referencia a la capacidad para estar físicamente activo, sino que también involucra una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas. En un marco del envejecimiento activo, las políticas y los programas que promueven las relaciones entre la salud mental y social, son tan importantes como los que mejoran las condiciones de salud física³.

En el caso particular de Chile, la actual composición de nuestra población puede interpretarse como un éxito de nuestro desarrollo, sin embargo, paralelamente anticipa nuevos desafíos. Es por ello que podríamos considerarnos víctimas de nuestros propios logros, ya que como país no contamos con una adecuada preparación para enfrentar esta realidad. Se espera que para el año 2050, una de cada 20 personas sea un AM, cifras que describen este proceso como una verdadera “Crisis Silenciosa.” A pesar de este halo de adversidad que rodea al proceso de envejecimiento, los actuales AM tienen más altos niveles de satisfacción vital que sus ancestros y responden mejor a sus necesidades de bienestar, dignidad e independencia⁹.

De acuerdo con los datos arrojados por la última Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN-2011), los nuevos AM cuentan, cada vez más, con nuevos recursos: están más educados, más informados, se sienten más saludables y se encuentran progresivamente más organizados. Se distingue un importante grupo de AM que viven y desean envejecer manteniendo su independencia, autonomía y auto-eficacia¹⁰. Esto es observable en la diversidad de sus estilos de envejecimiento, ya que no solo han añadido más años a sus vidas, sino también cuentan con mejores capitales sociales y personales para aprovecharlos.

Además, es necesario considerar, que en esta era

de la globalización, transformaciones socioeconómicas y tecnológicas, inherentes al desarrollo, no deben afectar en forma negativa al AM.

Estereotipos que deben enfrentar los Adultos Mayores.

Teniendo en cuenta que el envejecimiento de la población es un hito antropológico y que el aumento de AM debe ser visto como un nuevo recurso que puede contribuir al bienestar de nuestra sociedad, cabe preguntarse *¿de qué depende la inserción social de nuestros AM?* Sin duda alguna, una de las variables más importantes es la percepción. Se sabe que “las imágenes y expectativas”¹¹ que se instalan en nuestra sociedad sobre la vejez, tienen consecuencias en procesos de integración de la población mayor.

Estas imágenes tienen relación con la manera en que este grupo es integrado y valorado, con la forma en que los actuales AM perciben y experimentan su etapa de vida; y, especialmente, en cómo las nuevas generaciones, imaginan su propia vejez.

Aún cuando las imágenes sociales sobre la vejez no presentan un carácter universal, los estudios coinciden en señalar que éstas contienen estereotipos con fuertes cargas negativas, alejándose así de lo que lo se puede esperar ante los avances del desarrollo que han dado lugar a la actual esperanza de vida de la población.

La literatura describe una serie de estereotipos sociales¹³⁻¹⁶, en donde los autores Arnold-Cathalifaud¹¹ y Barrett¹² recogieron las opiniones de jóvenes con respecto a los AM, basándose el primero, en la opinión de jóvenes chilenos y el segundo en jóvenes estadounidenses.

Estereotipos Negativos:

1. Sexualmente inactivo: en ambos artículos los jóvenes describieron a los ancianos como individuos que carece de capacidad, actividad y deseo sexual, por medio de dibujos de AM, en los cuales no estaba bien definido el género. Los resultados mostraron a las mujeres fuertemente representadas por esta imagen, más que los hombres.

2. Mala calidad de vida emocional: los jóvenes perciben la vejez como una etapa infeliz. Esto se vio reflejado por numerosas imágenes de ancianos con el ceño fruncido (cascarrabias), líneas rectas o líneas onduladas que se curvaba ligeramente en las esquinas de la boca (tristeza) y falta de sonrisas, sobre todo en los hombres. Los patrones de expresiones faciales dibujaron al estereotipo de AM como personas aisladas y deprimidas. Por otra parte observó, una marcada tendencia a considerar a los adultos mayores como personas «desvaloradas socialmente», «desamparados» y en extremo «conservadores». Este último adjetivo podría explicar el estereotipo de “cascarrabias” descrito

por los jóvenes. Es interesante destacar que, en general, los hombres representan al grupo peor evaluado en la prueba, ya que además de atribuírsele las mismas características negativas que a las mujeres, son vistos como personas más «intolerantes», «desconfiadas» y «conflictivas».

3. Pérdida de vitalidad física: las imágenes describen individuos enfermos, frágiles y con disminución de sus funciones físicas, las cuales fueron reflejadas en el uso de “ayuda física” como: bastones, andadores, sillas de ruedas y anteojos. Existe un conceso entre los jóvenes a la hora de calificar al AM como «frágil», «dependiente» y «enfermizo», donde las mujeres son percibidas como las más frágiles.

4. Fealdad: Debido a los signos físicos del envejecimiento, tales como: arrugas, calvicie y adelgazamiento, asocian la vejez con la fealdad. La cultura americana describe a la juventud como sinónimo de belleza. Esto también se puede asociar al miedo a la muerte y cercanía de esta etapa de la vida con ella.

5. Socialmente inactivo: Los jóvenes realizaron dibujos de actividades estereotipadas de jubilación: como el golf y las vacaciones, de ancianos recogiendo cheques de jubilación o conduciendo lentamente. Describen la imagen de la jubilación como un momento de ocio de la vida, asociado al estereotipo del AM como personas inútiles, mentalmente ineptas y como una pérdida de recursos sociales. Por otro lado, los jóvenes mostraron una impresión de progresiva desvinculación social de los AM, calificándolos como: «marginados», «desvalorados socialmente», «ciudadanos pasivos» e «improductivos».

Estereotipos Positivos:

Se observaron algunas tendencias a evaluar positivamente a los AM. Los jóvenes indicaron claramente a través de sus dibujos el estereotipo de la «abuela amorosa» horneando galletas, representando la bondad de ellas. Otros por su parte, capturaron bocetos de ancianos «muy agradables» o simpáticos. La mayoría de las imágenes positivas eran representaciones de abuelas. Estos patrones llevaron a las discusiones sobre el papel de las mujeres y hombres mayores en sus familias y sobre la construcción social del género, que lleva a las mujeres a ser vistas como más generosas y abnegadas que los hombres.

Muy pocos dibujos indicaron la imagen de un «viejo activo» y en buena forma física, lo cual sugiere que estas imágenes pueden ser vistas como las imágenes de “envejecimiento exitoso”. Además se encontraron los adjetivos positivos: «hábil», «eficiente» y «sociable», destacando las mujeres en este último.

En síntesis, si bien se observaron algunas tendencias a evaluar positivamente a los AM, las imágenes que ambos grupos de jóvenes construyeron en torno a la

vejez, tienden a ser negativas, aún cuando se perciben algunas diferencias con respecto al género.

Los dibujos también fueron empleados como una ilustración de las diversas formas en que la edad puede ser definida:

- Edad funcional: se define por el nivel de habilidad física, donde las representaciones incluían impedimentos físicos o mentales.

- Edad social: en la vejez se indica por la ausencia de algunos papeles (ej: trabajador remunerado) o la presencia de otras funciones (ej: abuela amorosa).

- Edad subjetiva: hace referencia a como se siente el AM en su rol de anciano, “deprimido”, “envejecimiento activo”, “marginado”, etc.

- Edad cronológica: la cual fue ilustrada por dibujos que incluían certificados de nacimientos o ancianos usando camisetas que indicaban el año de su graduación del colegio.

Esta clasificación confirma que los estereotipos sobre la vejez están fuertemente marcados por evaluaciones negativas en las atribuciones de los jóvenes.

La mayoría de los autores atribuyen a la cultura local el negativismo que tienen los jóvenes hacia los AM. Se sabe que en la cultura occidental existe una idealización de la juventud y la adultez temprana, ya que estas etapas de la vida son vistas como las únicas en que es posible la realización personal, el éxito o mayores posibilidades de encontrar la felicidad¹⁷. Incluso la cultura oriental se ha visto afectada, en el último tiempo, por las transformaciones socioeconómicas. Sin embargo, a diferencia de los países occidentales, se están tomando medidas al respecto, para continuar con la tradición profundamente arraigada en el respeto por los AM. El gobierno chino está llevando a cabo ocho planes de desarrollo a nivel estatal y de la comunidad, para contrarrestar la reducción del estatus social de las personas mayores, como resultado de la modernización, y para inculcar en el público en general, una actitud positiva hacia ellos¹⁸.

Otro factor que favorece las impresiones negativas, son los medios de comunicación, las imágenes que circulan en la sociedad presentan como “adultos exitosos” a aquellos que parecen o luchan por no envejecer⁹. Todo lo anterior contribuye a la configuración de un entorno social que tiene mucho de gerontofobia, en donde predominan actos discriminatorios frente a las personas consideradas como “viejas” y se manifiestan temores ante el propio envejecimiento.

Según los psicólogos chilenos Arnold-Cathalifaud *et al.*^{6,9,11}, el hecho de que los jóvenes tengan imágenes negativas y pesimistas sobre la vejez, no deja de ser también un importante problema para ellos mismos. Sus imágenes constituyen expectativas sobre sus propios futuros: los jóvenes también envejecerán y deberán

enfrentar esa etapa con sus propios estereotipos, aquellos que hoy reproducen. Paradojalmente, los jóvenes quieren y pueden vivir más años que sus ancestros, pero no desean ser ancianos. En base a esto, se puede afirmar que la percepción de nuestra población sobre los AM se sustenta sobre estructuras sociales y representaciones que le dan la espalda al proceso de envejecimiento en sí.

La Familia, la Geriatria y el Servicio de Salud.

El proceso de envejecimiento plantea nuevos retos, no sólo para el “viejo” en sí mismo, sino también para sus familias y el sistema de salud. La fundación nacional de la Familia de Chile considera la familia en sus diferentes tipos, como el espacio donde se estructuran las primeras relaciones intergeneracionales y de género, se desarrollan pautas morales y sociales de conducta, donde se vive la gratuidad, la solidaridad y la cooperación, en concordancia con el desarrollo individual y la realización personal¹⁹.

La categoría familia es activa, nunca permanece estática, por lo que ha sobrevivido a todas las transformaciones socioeconómicas que han ocurrido a lo largo de la historia. Es el grupo de intermediación con el resto de la sociedad y constituye la célula básica de ésta. La familia es el grupo natural del ser humano. Es único y particular. Es en ella donde se cumplen las principales funciones de socialización, en cuyo ámbito el sujeto adquiere su identidad y su posición individual dentro de la red intergeneracional.

El ser humano no puede vivir a plenitud estando aislado, pues tiene el instinto gregario muy desarrollado y necesita de su familia, sobre todo cuando se propone llegar a la tercera o cuarta edad de la vida con una calidad óptima. De ahí la importancia que tiene este grupo social en la atención y cuidados al AM y el papel que juega el anciano como integrante de ella.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede plantear que la importancia de la familia para el adulto mayor está dada en: “Ser la instancia donde se encuentran quienes le pueden brindar la ayuda que pudiera necesitar y ser fuente de apoyo afectivo tan necesario para asumir las pérdidas que conlleva el envejecer”¹⁹.

Lamentablemente la disminución en el cuidado formal de estos miembros de la familia es cada vez más común y el porcentaje de personas mayores que viven solas también está aumentando, ya sea porque están separadas, viudas o divorciadas, o porque nunca han estado casadas, no tienen hijos ni familiares directos, viven lejos de sus parientes o son sobrevivientes de su generación⁹. El dilema de los actuales y futuros AM, es la incertidumbre respecto de sus posibilidades de recibir apoyo para satisfacer sus necesidades. Mientras la cantidad de AM aumenta y su longevidad se incre-

menta, el potencial de personas disponibles para apoyarlos decrece, es por eso que en todos los servicios de salud, la geriatría se ha convertido en una demanda creciente y dinámica⁸.

Las familias que han actuado como la primera línea del cuidado y protección de los AM están siendo sobrepasadas. Los cambios en la composición, tamaño y actividades de los miembros familiares, sumado a los requerimientos de cuidados más especializados y permanentes en los AM, han acelerado esta "crisis silenciosa". Si bien gran parte de los cuidados de los AM dependientes seguirá cayendo en su núcleo familiar, esta situación tiene límites⁹. Muchas de las necesidades que se presentan en edades avanzadas exigen cuidados especializados, para los cuales no bastan la buena voluntad y el cariño. Con mejores niveles de satisfacción vital, los adultos mayores incrementarán sus demandas por servicios que respondan mejor a la necesidad de mantener su bienestar, dignidad e independencia¹⁰.

Sin embargo, muchos médicos saben muy poco acerca de los pacientes geriátricos. Sus conocimientos están profundamente arraigados en estereotipos y prejuicios culturales. Su punto de vista personal del envejecimiento conduce a un enfoque inadecuado, negativo y mecanicista para pacientes de edad avanzada^{7, 8}. Asimismo, los prejuicios y las actitudes sociales indican dos campos de acción absolutamente antagónicos: por un lado, la indiferencia y el olvido de las personas, que conlleva al desapego y así se da una autovaloración negativa; y por el otro, el compromiso y el respeto que conducen al apego y a la autovaloración^{4, 10}.

La desvalorización del conocimiento y la experiencia, son el producto directo del olvido social e implican la destrucción de la historia individual y colectiva que forjó la persona durante toda su existencia. Son muchos los AM que a menudo son marginados e ignorados. Uno de los primeros pasos para cambiar esto, es convencer a los profesionales de la salud a revisar sus creencias sobre los pacientes geriátricos. Esta nueva visión de la naturaleza del envejecimiento puede estimular algunos cambios en sus prácticas profesionales y así mejorar la calidad de vida de los pacientes de edad avanzada²⁰. Ejemplos de desprecio para los pacientes de edad avanzada entre el equipo de salud son comunes e incluyen con frecuencia un mal diagnóstico, el desconocimiento de los síntomas importantes y las barreras de comunicación^{7, 8}.

Las actitudes negativas y la conciencia limitada, sumado al desconocimiento o la negación de la gerontología como una disciplina legítima, contribuyen al difícil acceso y la mala calidad del cuidado de los AM²¹. En la mayoría de los artículos revisados se hace alusión al término "ageism" o discriminación por edad, el cual

podría tener un efecto sobre la salud y la calidad de cuidado de los AM si el equipo de salud endosa estereotipos negativos sobre sus pacientes²².

Se debe tener en cuenta, que las imágenes y representaciones compartidas que se tienen sobre un grupo etario, afectan la manera particular de relacionarnos con éste. Se espera que los AM confirmen las expectativas negativas que se tienen de ellos, por lo tanto, se produce una relación discriminatoria hacia ellos. Además, la percepción colectiva sobre el AM conduce a una autopercepción que afecta su propia autoestima, es decir, esta dinámica finalmente incluye a los propios involucrados: los AM terminan representando las imágenes desfavorecidas sobre su etapa de vida y se comportan consistentemente con ellas¹¹.

Teniendo esto en cuenta, se hace evidente la necesidad de mejorar la atención médica y social de las personas mayores. Pero para obtener una mayor calidad en el servicio, se debe tener un cambio visible en el enfoque del equipo de salud hacia el envejecimiento. Algunos de los obstáculos a la mejora de la atención geriátrica es la falta de conocimiento adecuado sobre el envejecimiento, estereotipos que se aprenden por socialización, actitudes y conductas negativas hacia el AM⁸.

Estereotipos en la Comunidad Odontológica.

Un estudio brasileño determinó que el grado de conocimiento de los odontólogos sobre el tratamiento geriátrico, no tenía ninguna influencia sobre sus actitudes hacia los pacientes, sin embargo, el desarrollo de actitudes optimistas hacia los pacientes puede ser una clave para el establecimiento de la conducta profesional más positiva²³.

Un ejemplo a seguir, podrían ser algunas instituciones de Bélgica, las cuales incluyen en sus planes de estudio actividades que desarrollan las percepciones positivas sobre el envejecimiento, se alienta a los estudiantes a desarrollar sentimiento de empatía y un sentido de la responsabilidad en la atención. Sin embargo, el impacto de las intervenciones educativas es insuficiente para cambiar las actitudes con respecto al tratamiento del AM, una solución complementaria podría ser una exposición clínica más intensa, que involucre un contacto más frecuente con este grupo etario y una estrecha relación alumno-profesor, en la cual los docentes demuestren empatía por el paciente geriátrico²²⁻²⁴.

Nochajski²⁴ obtuvo como resultado de la exposición clínica efectos positivos en sus estudiantes al contacto con los adultos mayores pero solo en el entorno clínico, al evaluar sus actitudes fuera de clínica no hubo diferencias significativas para el contacto con los adultos mayores en general.

Otro estudio, realizado en España, señala que la simple exposición de los estudiantes y/o profesionales a los pacientes geriátricos podría no ser suficiente para generar actitudes positivas hacia ellos, pero, la exposición a AM sanos (abuelos o personajes de la comunidad) podría obtener este efecto positivo²⁵. Todo lo anterior sugiere la necesidad de mejorar y combinar el enfoque de la atención geriátrica con los enfoques psicológicos.

Junto con mejorar el enfoque, el odontólogo debe internalizar que el tratamiento dental es una parte importante de la recuperación de la autoestima de las personas mayores, promoviendo el autocuidado y contribuyendo a una mejor calidad de vida. La falta de higiene oral, sobre todo en las personas mayores con baja autoestima, causa un mayor riesgo de caries y de enfermedad periodontal. El tratamiento dental puede proporcionar a los pacientes geriátricos la resolución de problemas orales, como la recuperación de la función masticatoria, estética y la fonación. Vale la pena señalar, que el diálogo y la comodidad proporcionada por el odontogeriatría permite al paciente sentirse valorado, bienvenido y más feliz. Estos sentimientos son importantes para aumentar la autoestima, la cual a su vez se traduce en motivación y el cumplimiento de los procedimientos de prevención y mantenimiento de la salud oral de los pacientes.

Silva *et al.*²⁶ relacionaron el estado de la salud oral con la calidad de la vida de sus pacientes geriátricos, teniendo como resultado positivo “el uso de prótesis dentales”. Exceptuando sus limitaciones funcionales, las prótesis dentales se asociaron significativamente con una mejor calidad de vida. “La satisfacción con la calidad de la prótesis” también mostró ejercer una influencia positiva sobre la calidad de vida de los AM. Por otra parte, una disminución de la calidad de vida se asoció significativamente con: una mala auto-percepción del estado de la salud bucal, la percepción de la propia necesidad de tratamiento dental, edentulismo parcial o total, dolor físico, dificultad para comer, problemas de pronunciación, conflictos con su apariencia y una función social limitada.

Las dimensiones de la calidad de vida se basan en el modelo conceptual de la salud oral, según el cual los problemas de salud, el dolor y la discapacidad están asociados con desventajas físicas, psicológicas y sociales. En efecto, la dificultad para comer es uno de los temas más ampliamente reportados por los pacientes geriátricos. Una de sus probables consecuencias es una dieta pobre en alimentos esenciales para la nutrición, lo que aumentaría las posibilidades de aparición de otras enfermedades. También pueden surgir problemas sociales, tales como la restricción de comidas con familiares y amigos. Si bien es cierto, el edentulismo se asoció con una mala calidad de vida, un mayor número de dientes no se asoció como un factor protector de la calidad de vida. Esto se puede deber a que la presencia de más dientes en una población con bajo acceso al tratamiento dental, aumenta la probabilidad

de experimentar dolor y malestar en comparación con los individuos con menos o sin dientes. La falta de dientes y las necesidades de tratamiento de prótesis se asociaron con bajo poder adquisitivo. Los individuos con auto-percepción mala o muy mala de su salud oral demostraron dimensiones psicológicas y sociales bajas. Finalmente, las personas con síntomas de depresión, presentan una peor calidad de vida, probablemente debido al aumento del dolor, tienen un menor cumplimiento del tratamiento dental y un mayor abandono del auto-cuidado. Es posible que la detección y el control de la depresión en las unidades dentales de salud familiar puedan contribuir a una mejor calidad de vida²⁶.

Por otro lado, López-Jornet *et al.*²⁷ demostraron la eficacia de un protocolo habilidades motivacionales –conductuales, mediante la aplicación de instrucciones de higiene oral basadas en principios cognitivos y entrevistas motivacionales con el paciente geriátrico, obteniendo beneficios para su salud periodontal.

Una serie de estudios²⁸⁻³⁰ sugieren que los ancianos con una variedad de discapacidades físicas, cognitivas y psicológicas están en mayor riesgo de sufrir un deterioro de su salud oral, por lo que el odontólogo tiene que estar consciente de este problema y tomar las medidas preventivas y terapéuticas necesarias. Se determinó que el deterioro cognitivo afecta a las actividades diarias y pone en peligro la salud oral, la salud sistémica y la calidad de vida en los AM. Chen *et al.*²⁹ interrelacionaron el deterioro cognitivo, la capacidad de auto-cuidado bucal y la severidad de caries dentales. Se relacionó positivamente el estado de la cognición con el número de caries, y a su vez, las personas con capacidad de auto-cuidado oral deteriorada, tuvieron un mayor riesgo de desarrollar caries.

De lo anterior podemos deducir, que el número creciente de adultos mayores con necesidades dentales específicas, requiere de mayores esfuerzos para preparar adecuadamente a los estudiantes de odontología desde el pregrado. Un estudio realizado en Universidades de Australia, Suiza y Alemania³¹ evaluó la integración de la odontogeriatría en pregrado. Los resultados mostraron que la odontogeriatría fue incluida, en su mayor parte, en las materias básicas tradicionales, pero además se incrementaron una serie de conferencias específicas y enseñanzas prácticas. Estos últimos cubren una amplia variedad de temas incluyendo: medicina geriátrica, psiquiatría geriátrica, cuidados de enfermería, farmacología y salud pública. De esta forma aumentaron el número de departamentos con personal especializado y el número de publicaciones científicas relacionadas con el tema. A pesar de las mejoras realizadas para una mayor integración de la asignatura, presentaron como obstáculo la continua exclusión de ella en los exámenes finales (en Austria y Alemania).

Otro estudio evaluó la actitud de los estudiantes de odontología a través de todos los años de carrera, sus resultados indicaron la necesidad de intervenciones edu-

cativas específicas destinadas a mejorar las actitudes de los estudiantes hacia los adultos mayores desde el inicio de la carrera. Algunas de las intervenciones que mencionan son: desarrollo de habilidades de compromiso con los pacientes de mayor edad, potencializar las habilidades de comunicación del alumnado, ofrecer información sobre los hechos importantes relacionados con la salud oral y aspectos psicosociales relevantes de los pacientes geriátricos³². Por lo tanto, es necesario implementar directrices cuyo objetivo sea preparar a los estudiantes para proporcionar tratamiento dental a AM mediante la enseñanza de conocimientos teóricos, habilidades prácticas, técnicas de manejo del paciente y fundamento ético.

Cabe destacar que la mayoría de los estudios mencionados utilizó cuestionarios explícitos para la medición del ageism (discriminación por edad) y los estereotipos sociales. Dentro los cuales, los más relevantes a nivel internacional son "The Aging Semantic Differential (ASD)" junto con una escala desarrollada por Rosencrantz y McNevin^{24, 25} y "Questionnaire on Negative Stereotypes About Ageing"²². Para la evaluación de las actitudes hacia el envejecimiento, algunos autores emplearon la escala Likert^{23, 25}. Otros prefirieron la utilización de cuestionarios con preguntas abiertas y cerradas, los cuales fueron validados por organismos competentes^{26, 31}.

En resumen, los profesionales del área de la salud no solo deben recibir capacitación para dominar las habilidades en el cuidado de los ancianos, sino que también deben aprender que la personalidad de los pacientes geriátricos no está destinada a la psicopatología o cualquier otra desviación social^{8, 20}. Esto no niega la importancia de la educación continua en la vida de los profesionales, sino que hace hincapié en la importancia de la enseñanza de temas como la empatía y la responsabilidad social^{23, 25}.

En el proceso para mejorar la atención gerontológica, los profesionales deben dar pasos consecutivos: cambiar sus puntos de vista, alterar sus actitudes hacia el viejo y la sustitución de las prácticas discriminadoras por comportamientos positivos. Se necesita una buena comprensión del paciente, recordando que componen una población heterogénea, la cual no puede ser tratada en base a estereotipos⁸. Así mismo, el nivel de estrés al cual se ven sometidos debe ser compensado, distribuyendo las obligaciones sanitarias entre profesionales, cuidadores y familiares, de esta forma, todos tendrán la oportunidad de desarrollar una vida social y privada, y se disminuirá la carga negativa hacia los AM³³.

La mejora de la atención a los AM ayuda a disminuir la carga psicológica de los pacientes. El ambiente seguro y acogedor creado por especialistas, pacientes y sus familiares ofrece numerosas ventajas, como mayor apoyo emocional y social de los pacientes, mejores resultados de salud para los pacientes y menor daño a la salud de sus cuidadores. Se puede mejorar la probabilidad de éxito a través de la educación y la formación de los profesionales

de la salud.

Este intento de educar y sensibilizar a los profesionales de la salud, familias y redes de apoyo de los AM, re-educando sus expectativas y percepciones, mejora la actitud del hacia los ancianos, sustituye prácticas discriminadoras por comportamientos positivos, fomenta la atención integral e influye en la calidad de vida de los AM. Exige el desarrollo de nuevas estrategias de las prácticas médicas, que animen a los equipos de salud a conocer los cambios fisiológicos del AM, motiven a la acción y la actitud positiva hacia los AM, con el fin de socializar los conocimientos en geriatría y gerontología, para dominar las competencias necesarias requeridas en las intervenciones exitosas con los pacientes geriátricos.

Discusión

A pesar de que Chile es uno de los países más longevo de Sudamérica, no quiere decir que su población esté preparada para asumir esta realidad, pues la etapa de la vejez es por creces la más temida por la sociedad.

Los resultados de las encuestas revelan que la mayoría de los habitantes del país no están capacitados o no sabe cómo enfrentar el envejecimiento. Las expectativas y la percepción que los chilenos tienen del envejecimiento de la población, sumado al negativismo recalcitrante en relación al hacerse viejo, dificultan la integración social de esta población, con demandas son cada vez mayores. Este envejecimiento progresivo plantea grandes desafíos al sistema de salud, especialmente en la formación de recursos humanos para la atención de este grupo etareo. Se requiere de profesionales competentes en los aspectos médicos, gerontológicos y psicológicos de los AM, para poder llegar a un grado de comprensión indispensable que posibilite un buen diagnóstico y un plan de tratamiento adecuado.

Las políticas públicas, las familias y el entorno social, deben promover la participación de los AM en la preparación para su propia vejez. Las opiniones negativas que se tiene como país sobre esta fase vital, que es definida como un periodo de mayor "dependencia y decadencia", son estereotipos y prejuicios que propenden actitudes poco empáticas y descalificadoras, que a la larga afectan a todo la población, ya que los jóvenes de hoy deberán enfrentarse a sus propios estereotipos el día de mañana.

El odontólogo es capaz de desarrollar un rol clave en la integración social de los AM. El tratamiento dental es una parte importante en la recuperación de la autoestima de las personas mayores, promoviendo el autocuidado y contribuyendo a una mejor calidad de vida. Una buena relación odontólogo paciente permite al AM sentirse valorado y bienvenido. Estos sentimientos se traducen en una mayor motivación, adherencia al tratamiento, sensación de tener efectivamente la posibilidad de influir directamente en su tratamiento y estar capacitado para mejorar otros aspectos de su vida.

Conclusiones.

Comenzar a develar las imágenes que predominan en nuestra sociedad sobre la vejez, puede resultar un aporte a su reflexión y cuestionamiento. El análisis de los estereotipos constituye un paso importante en la dirección de cambiarlos, para con ello mitigar los efectos no deseados de estas representaciones negativas, que restringen las efectivas posibilidades de los que envejecen de insertarse en la sociedad.

Se debe utilizar la investigación científica para generar conciencia, tanto a nivel estatal, académico, como en el

resto de la sociedad, desarrollar programas para que los AM sean incorporados en el modelo actual de familia, facilitar las interacciones inter-generacionales, crear oportunidades para su educación continua, establecer y mejorar el sistema de seguridad social, promover su salud, fomentar su participación en las actividades sociales, económicas, etc.

Para que la sociedad tenga una actitud positiva hacia el envejecimiento, se debe actuar a nivel individual, entre los equipos de trabajo y organizaciones que prestan asistencia sanitaria.

Referencias.

1. Fuentes M. Siglo XXI: Los desafíos del envejecimiento. Un análisis desde la antropología. *Rev Biol.* 2003; 17(1): 3-7
2. Soto A. Una mirada antropológica desde la calidad de vida hacia la feminización de las dependencias y la heteronomía de la vejez. *Anuario de Hojas de Warmi* 2010; N° 15
3. Molina JC. Envejecimiento Activo, una Propuesta para el Siglo XXI. *Reumatología.* (Santiago) 2004; 20(2):43-44
4. Rodríguez M. La percepción de la persona adulta mayor en la sociedad ramonense actual. *Pensamiento Actual.* 2008; 8(10): 31-39
5. Arnold-Cathalifaud M, Thumala D, Urquiza A. La solidaridad en una sociedad individualista. *Theoria.* 2006; 15(1): 9-23
6. Arnold-Cathalifaud M, Thumala D, Urquiza A. Algunos efectos de procesos acelerados de modernización: solidaridad, individualismo y colaboración social *Papeles del CEIC.* 2008; 1(37)
7. Blachnio A. Impact of older adults social status and their life satisfaction on health care resources. *Acta Neuropsychologica.* 2011; 9(4):335-50
8. Blachnio A, Bulinski L. Prejudices and elderly patients' personality – the problem of quality of care and quality of life in geriatric medicine. *Med Sci Monit* 2013; 19: 674-680
9. SENAMA, Segunda Encuesta Nacional: Inclusión y Exclusión social del Adulto Mayor en Chile, 2011 (Citada el 8 de septiembre 2013) Disponible en www.senama.cl/filesapp/SEGUNDA%20ENCUESTA.pdf?
10. Ministerio de Desarrollo Social Encuesta CASEN 2011 – Adulto Mayor (Citada el 8 de noviembre 2013) Disponible en http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/publicaciones/2011/RESULTADOS_ADULTO_MAYOR.pdf
11. Arnold-Cathalifaud M, Thumala D, Urquiza A, Ojeda A. Young people's images of old age in Chile: Exploratory research. *Gerodontology* 2008; 34(2):105-123
12. Barrett A, Cantwell L. Drawing on Stereotypes: Using Undergraduates' Sketches of Elders as a Teaching Tool. *Educ Gerontol.* 2007; 33: 327-348
13. Sánchez C, Trianes M.V, Blanca M. J. Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009; 44(3):124-129.
14. Kang SK, Chasteen AL. The moderating role of age-group identification and perceived threat on stereotype threat among older adults. *Int J Aging Hum Dev.* 2009; 69: 201-20
15. Coudin G, Alexopoulos T. Help me! Im old! How negative aging stereotypes create dependencu among older adults. *Aging ment Health.* 2010; 14: 516-23
16. Meisner BA. A meta-analysis of positive and negative age stereotype priming effects on behavior among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2012; 67: 13-7
17. Gaillard M, Desmette D, Keller J. Regulatory focus moderates the influence of age-related stereotypic expectancies on older adults' test performance and threat-based concerns. *Eur Rev Appl Psycho.* 2011; 61(1): 23-29
18. Xie X, Xia Y, Liu X. Family income and attitudes toward older people in China: comparison of two age cohorts *J Famil Econ Issues.* 2007; 28(1): 171-182
19. Placeres J, De León L. La familia y el adulto mayor *Rev. Med. Electrón.* 2011; 33(4) ISSN 1684-182
20. Hugo FN, Hilgert JB, de Sousa Mda L, Cury JA. Oral status and its association with general quality of life in older independent-living south-Brazilians. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; 37(3): 231-240
21. Evans JM, Kiran PR, Bhattacharyya OK: Activating the knowledge-to-action cycle for geriatric care in India. *Health Res Policy Syst.* 2011; 9: 42
22. León S, Correa-Beltrán G, Giacaman R. Negative ageing stereotypes in students and faculty members from three health science schools. *Gerodontology* 2013; Jul 4. doi: 10.1111/ger.12065. [Epub ahead of print]
23. Moreira AN, Rocha ES, Popoff DA, Vilaça EL, Castilho LS, de Magalhães CS. Knowledge and attitudes of dentists regarding ageing and the elderly. *Gerodontology* 2012; 29(2): 624-631
24. Nochajski TH, Davis EL, Waldrop DP, Fabiano JA, Goldberg LJ. Dental students' attitudes about older adults: do type and amount of contact make a difference? *J Dent Educ* 2011; 75(10):1329-32.
25. Bernardini DA, Moraru M, Hanna M, Kalache A, Nuñez JF. Attitudes Toward the Elderly Among Students of Health Care Related Studies at the University of Salamanca, Spain. *J Contin Educ Health Prof.* 2008; 28(2):86-90
26. Silva AE, Demarco FF, Feldens CA. Oral health-related quality of life and associated factors in Southern Brazilian elderly. *Gerodontology* 2013; Jul 14. doi: 10.1111/ger.12050. [Epub ahead of print]
27. López-Jornet P, Fabio CA, Consuelo RA, Paz AM. Effectiveness of a motivational-behavioural skills protocol for oral hygiene among patients with hyposalivation. *Gerodontology* 2013; Mar 9. doi: 10.1111/ger.12037. [Epub ahead of print]
28. Almomani F, Al-Hadi A, Williams KB, Almomani M. Oral health status and physical, mental and cognitive disabilities among nursing home residents in Jordan. *Gerodontology* 2013; Apr 17. doi: 10.1111/ger.12053. [Epub ahead of print]
29. Chen X, Clark J, Hong Chen, Naorungroj S. Cognitive impairment, oral self-care function and dental caries severity in community-dwelling older adults. *Gerodontology* 2013; Jun 12. doi: 10.1111/ger.12061. [Epub ahead of print]
30. Abegg C, Fontanive VN, Tsakos G, Davoglio RS, de Oliveira MM. Adapting and testing the oral impacts on daily performances among adults and elderly in Brazil. *Gerodontology* 2013; Apr 14. doi: 10.1111/ger.12051. [Epub ahead of print]
31. Nitschke I, Kunze J, Reiber T, Sobotta BA. Development of undergraduate gerodontology courses in Austria, Switzerland, and Germany from 2004 to 2009. *J Dent Educ.* 2013; 77(5):630-9.
32. Nochajski TH, Davis EL, Waldrop DP, Fabiano JA, Goldberg LJ. Factors that influence dental students' attitudes about older adults. *J Dent Educ.* 2009;74(1):95-104
33. Nübling M, Vomstein M, Schmidt Sg, Gregersen S, Dulon M, Nienhaus A. Psychosocial work load and stress in the geriatric care. *BMC Public Health* 2010; 10:428